Ein Fall

von

Hernia inguino-properitonealis

mit

rechtsseitigem Kryptorchismus.

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät

der

Kaiser - Wilhelms - Universität Strassburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

Hans Luxenburger

aus **Zweibrücken** (Pfalz)

z. Z. Arzt in der chirurg. Universitätsklinik

in Strassburg.

STRASSBURG i. E.
Buchdruckerei C. Gœller, Magdalenengasse 20.
1893.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Lücke.**

Meinem lieben Vater

in Dankbarkeit und Liebe

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547613_0036

Die überaus reichhaltige Literatur, welche bis jetzt über Hernien erschien und immer noch erscheint, gibt uns einen Beweis, mit welch grossem Eifer die Chirurgie dem Studium derselben sich bisher hingegeben hat und immer noch hingibt. Insbesondere haben seit einigen Jahren jene etwas seltner vorkommenden Fälle von Bruchbildungen, welche an eine Störung im Ablauf des Descensus testiculorum geknüpft sind, das Interesse aller Chirurgen in Anspruch genommen.

Seitdem Kroenlein zuerst diese Bruchformen näher beschrieben und denselben den Namen Hernia inguino resp. curo properitonealis gegeben hat, ist der Eifer und das Interesse für diese Art der Hernien bei den Chirurgen immer mehr gestiegen. Dementsprechend hat sich auch die Zahl der Beobachtungen verschiedener Forscher über dieses Thema in den letzten Jahren bedeutend vermehrt. Um die bisher doch noch nicht sehr grosse Kasuistik zu bereichern, möge es mir gestattet sein, einen weitern Fall von Hernia inguino properitonealis mitzuteilen. Derselbe kam im Wintersemester 1892/93 in der chirurgischen Universitätsklinik in Strassburg zur Beobachtung und Operation; von besonderem Interesse war dabei noch die Komplikation mit vollständigem rechtsseitigem Kryptorchismus. Durch die Güte des Herrn Professor Lücke wurde mir derselbe zur Veröffentlichung überlassen.

Am 16. Januar wurde der 35 Jahre alte Schauspieler A.—, K. von dem ihn behandelnden Arzt in die Klinik gebracht mit der Diagnose „eingeklemmte Hernia". Die eigentümliche Form des Bruches, welche dem Arzte schon aufgefallen war, liess bald die Vermutung aufkommen, dass es sich hier um jene Art von Brüchen handelte, welche Kroenlein als Hernia inguino properitonealis beschrieben hat.

Anamnestisch konnte ich folgendes erfahren: Patient gibt an, dass schon seit seiner Geburt der rechte Hoden im Scrotum fehle. Der linke Testikel lag an normaler Stelle. In seinem zwölften Lebensjahr bemerkte er plötzlich nach einem Sprung über einen Graben eine kleine Anschwellung in der rechten untern Bauchgegend. Nach Angabe des damals zu Rate gezogenen Arztes soll der rechte Hoden in dieser Anschwellung, welche sich als einen Bruch herausstellte, fühlbar gewesen sein. Innerhalb der folgenden zehn Jahre ist der Bruch bis zur Kindskopfgrösse angeschwollen, ohne jedoch dem Patienten besondere Beschwerden zu verursachen. Ein Bruchband wurde während der ganzen Zeit nie getragen. In den letzten vier Jahren, bis zu welcher Zeit die Hernie ihre bisherige Grösse nicht verändert haben soll, verspürte Patient viermal zu verschiedenen Zeiten Schmerzen in dem Bruch, weswegen er jedesmal einen halben bis einen Tag lang das Bett hüten musste. Am 15. Januar wurden diese bisher nur zeitweilig und in geringem Grade aufgetretenen Schmerzen angeblich ohne äussere Veranlassung während einer Vorstellung so heftig, dass der Patient sofort nach Hause musste. Der behandelnde Arzt versuchte den Bruch, der sich

etwas gespannt anfühlte und auf Druck auch etwas schmerzhaft war, zurückzubringen, jedoch ohne Erfolg. In der darauffolgenden Nacht wurden die Schmerzen im Bruch heftiger, ausserdem trat starkes Erbrechen ein, jedoch ohne fäkulente Beschaffenheit. Der Patient wurde darauf in die hiesige Klinik gebracht, in welcher folgender Status aufgenommen wurde.

Kräftig gebauter Mann. Der Puls ist etwas beschleunigt, aber noch kräftig. Herz und Lunge geben normale Verhältnisse. Während der linke Hoden an normaler Stelle von entsprechender Grösse gefühlt wird, erscheint die rechte Skrotalhälfte gar nicht ausgebildet und vollkommen leer. Dagegen bemerkt man lateralwärts vom äussern Leistenring eine kindskopfgrosse Anschwellung, die über dem Poupert'schen Band gelegen ist. Dieselbe erstreckt sich einige ctm von der Spina superior anterior beginnend nach innen und unten bis zur obern Grenze des Skrotums. Perkutorisch ist über derselben Darmschall nachzuweisen. Der Bruch ist etwas gespannt, scheint direkt unter der Haut zu liegen. An der medialen Seite des Bruches ist der rechte Hoden als kleiner Körper an dem charakteristischen Hodenschmerz bei Druck als solcher zu fühlen. Der rechte äussere Leistenring ist für zwei Finger durchgängig. Die Untersuchung verursacht dem Patienten heftige Schmerzen. Bei den Repositionsversuchen gelang es, den Bruch zum Teil durch eine deutlich fühlbare Spalte, die wahrscheinlich der Fascia transversa angehört, zurückzubringen. Dabei trat die Anschwellung über dem Poupart'schen Band deutlicher hervor. Im Bruchsack blieb noch etwas zurück, welches dem Gefühl und der Dämpfung nach als Netz angesehen wurde. Bei Flachlagerung des Patienten gelang es den Bruchinhalt zurückzuhalten, doch trat bei der geringsten Bewegung des Patienten derselbe wieder hervor.

Die Beschwerden, mit denen der Patient in das Spital gekommen war, liessen in der Nacht allmählich nach. Auch trat am andern Morgen wieder Stuhlgang ein, so dass von einer sofortigen Operation Abstand genommen wurde. Es fehlten eben alle Zeichen der Einklemmung.

Um dem Patienten von seinem Bruch, der ihm in seinem Berufe doch lästig war, zu befreien, wurde im Februar die Radikaloperation vorgenommen, nachdem einige Tage vorher eine gründliche Darmentleerung eingeleitet war. In Chloroformnarkose wurde nach genügender Desinfektion der Bruchgegend über der Höhe der Anschwellung parallel mit dem Poupart'schen Band der Hautschnitt gemacht. Nach Durchtrennung der Haut wurde sofort der Bruchsack gespalten. Der Bruchsack war durch eine Lücke in der Fascia transversa herausgetreten, welche vertikal verlaufend etwa 4 bis 5 ctm lang sich etwas seitwärts und oberhalb von der Gegend des innern Leistenrings befand. Der Bruchsack zeigte sich mit der Haut und dem subcutanen Gewebe vollständig verwachsen. Als Inhalt war im Bruchsack ein grosses Stück Netz mit stark entartetem Fett. Dasselbe war an vielen Stellen fest mit dem Bruchsack verwachsen. Ausserhalb des Bruchsacks oberflächlich unter der Haut dem innern Leistenring etwa entsprechend lag in eine ziemlich erhebliche Fettmasse eingelagert der ganz atrophische, mobile Hoden, welcher selbst frei beweglich war, aber an einem schmalen fixierten etwas gewundenen Samenstrang befestigt war. Zunächst wurde der Hoden mit dem Samenstrang, den man bis in eine schmale Gewebslücke am innern Ende des Leistenkanals verfolgen konnte, abpräparirt und der sehr dünne Samenstrang unterbunden. Das vorliegende verwachsene Netz wurde freigemacht, unterbunden und dann in die

Bauchhöhle zurückgebracht, wobei der eingehende Finger zunächst nicht in die freie Bauchhöhle gelangte, sondern noch eine in der Richtung des Leistenkanals befindliche, mässig grosse Ausbuchtung fand. Diese stellte die zweite Bruchsacktasche dar. Die Lücke in der Fascia transversa wurde derart angefrischt und umschnitten, dass zugleich der Bruchsackhals von dem Bruchsackkörper abgetrennt wurde, worauf dann Nähte angelegt wurden, welche zugleich die Fascia und das Peritoneum fassten. Ein nochmaliger Versuch den Rest des Bruchsacks abzupräpariren, war durchaus vergeblich, wesshalb der Hautschnitt bis auf eine kleine Stelle, durch welche Jodoformgazestreifen eingeführt wurden, geschlossen wurde.

Heilung erfolgte innerhalb drei Wochen, nach denen Patient mit einem Bruchband entlassen wurde.

Bevor Kroenlein in seinen Veröffentlichungen die Diagnose, Genese und Therapie dieser Bruchform eingehend behandelt hatte, war es noch keinem der Beobachter gelungen, zu Lebzeiten schon das Leiden des Kranken zu erkennen, vielmehr wurde die Diagnose erst am Sektionstische gestellt. Erst durch diese Arbeiten Kroenlein's und die in grösserer Anzahl jetzt vorhandenen Fälle wurden die charakteristischen Merkmale klar gelegt. Es gelang dadurch teils aus den anamnestischen Angaben, teils aus dem Ergebnis der manuellen Untersuchung, intra vitam schon die Diagnose zu sichern.

Die Angabe unseres Patienten, dass der rechte Hoden im Scrotum fehlte, richtete schon gleich von Anfang an unsere Aufmerksamkeit auf einen properitonealen

Bruchsack. Diese Komplikation, auf welche ich später noch zurückkommen werde, ist fast bei allen Fällen von Hernia properitonealis ein beinahe charakteristisches Merkmal. Was anamnestisch sonst noch von Belang sein kann, waren die zeitweilig aufgetretenen Schmerzen in der Unterbauchgegend, welche wahrscheinlich auf den Druck zurückzuführen sind, dem der Hoden ausgesetzt war. Diese anamnestischen Angaben sind zur Beurteilung des Falles von Bedeutung, wenn sie auch eine strikte Diagnose auf properitoneale Hernia nicht zulassen.

Neben diesen Angaben führt oft schon die einfache Inspektion der Unterbauchgegend den Beobachter auf die Vermutung, dass es sich nicht um eine einfache Hernie handelt. Die properitoneale Bruchgeschwulst drängt nämlich die Bauchdecken über dem Ligamentum Pouparti deutlich hervor. Diese Hervorwölbung, welche meist gegen die Spina anterior superior gerichtet ist, wird neben Kroenlei ernwähnt von Trendelnburg, Bolling, Oberst, von Wahl, Brugisser, Neuber, Birkett und anderen.

Ergänzt man die Inspektion durch die Palpation, so kann man durch die Erfahrungen, welche seit Kroenlein's Arbeiten über diese Bruchform gesammelt wurden, fast bei allen Fällen dieser Art auch bei Lebzeiten des Patienten die Diagnose sichern. Am günstigsten werden für die Palpation diejenigen Fälle sein, bei welchen die properitoneale Bruchsaktasche unmittelbar hinter den Bauchdecken über dem Ligamentum Pouparti liegt, zumal dann, wenn die Bauchdecken infolge des Druckes der Bruchgeschwulst atrophisch geworden sind. Dabei gelingt es dann oft leicht diese Bruchgeschwulst durch die Bauchdecken hindurch deutlich abzutasten. Da auch in unserm Fall eine Atrophie der Bauchdecken bestand,

so konnte diese properitoneale Tasche leicht gefühlt werden. In manchen Fällen markirt sich diese Hervorwölbung deutlicher, dann nämlich, wenn bei gleichzeitig bestehendem Scrotalbruch dieser durch Druck zurückgebracht wird; dabei wird der in der vordern Bruchsacktasche gelegene Teil in die hintere gedrängt, wodurch dann die erwähnte Hervorwölbung über dem Ligamentum Pouparti noch auffallender wird. Dieser Versuch gelang Kroenlein bei seinen typischen Fällen immer: Denn das charakteristische derselben liegt in der eigentümlichen Configuration des Bruchsackes; derselbe ist zum teil vor, zum teil hinter den Bauchdecken gelagert. Er stellt somit zwei Bruchsacktaschen dar, die durch eine gemeinschaftliche Oeffnung das Ostium abdominale mit der Bauchhöhle kommuniciren, unter sich durch eine engere die Bauchwand an einer Stelle durchsetzenden Kanal zusammenhängen. Die Stelle, wo die Bauchwand von dem Bruchsack durchsetzt wird, ist entweder der Leisten- oder Schenkelkanal und so entspricht die vordere Tasche des Bruchsacks dieser Hernie ganz und gar dem Bruchsack der gewöhnlichen Leisten- oder Schenkelhernie. Die hintere Bruchsacktasche erweitert sich hinter der Bauchwand zu einer kleinern oder grössern Höhle zwischen Peritoneum parietale und Fascia transversa, um dann erst in die Bauchhöhle zu münden.

Von dieser typischen Form Kroenlein's weicht unsere Hernie dadurch ab, dass ihr das von ihm beschriebene scrotale Fach wegen des bestehenden Krypterchismus fehlte. Es entspricht aber dieser vordern Tasche, der durch die Spalte der Fascia transversa hervorgetretene Teil des Bruches. Wie bei der Operation erwähnt ist, kam dann der durch die Bauchpforte eingehende Finger nicht direkt in die Bauchhöhle, sondern man fand noch eine mässig grosse Ausbuchtung, welche

als zweite Bruchsacktasche angesehen wurde. Somit war die Diagnose properitoneale Hernia befestigt.

Ueber die Aetiologie der Hernia properitonealis haben die einzelnen Autoren verschiedene Ansichten aufgestellt. Der erste, welcher sich darüber ausgesprochen hat, ist Streubel gewesen; ihm folgten Linhart, Baer, Mosetig, E. Richter, Trendelnburg, Kroenlein, M. Schmidt u. andere. Im Allgemeinen machen sich jetzt zwei Ansichten geltend. Die einen Autoren erklären das Zustandekommen dieser Bruchform auf rein mechanischem Wege, die andern suchen diese Bildung auf angeborene oder erworbene Bildungsanomalien des parietalen Bauchfells, auf Divertikelbildung in der Nähe des innern Leistenrings zurückzuführen.

Streubel, dessen Ansicht auch Kroenlein beistimmt, läst den properitonealen Sack auf rein mechanischem Wege entstehen. Seine Ansicht ist folgende: Nachdem sich der Bruchsackhals in der Gegend des innern Leistenrings organisiert, d. h. narbig kontrahirt hat, wird derselbe beim Vorfallen der Därme durch unzweckmässigen Druck des Patienten auf die ganze Bruchgeschwulst zurückgedrängt, erhebt das Bauchfell, löst es ab und wenn der Bruch fortgesetzt oder oft wiederholt wird, stülpt er endlich nach der Richtung des Druckes einen Teil des Bruchsacks unterhalb des Bruchsackhalses vor oder unter dem Bauchfelle aus. Im Anfang mag diese Bauchfellausstülpung nicht bleibend sein, später aber, wenn sie oft bewirkt worden ist, wird sie beständig, verbleibt mit dem Bauchfell in Berührung und verwächst mit demselben. Begünstigend auf die Ausbildung der Bruchsackausstülpung kann auch das Tragen eines schlechten Bruchbandes einwirken. Die Bruchsackausstülpung wird aber auch ohne Druck von aussen durch Bildungshemmung beim Descensus testi-

culorum sich zu bilden im stande sein. Wenn der Hoden am innern Leistenring oder im Leistenkanal liegen bleibt, so werden in die offengebliebene Scheidenhaut eindringende Därme diese seitlich über den innern Leistenring und auch nach abwärts ausdehnen können.

Linhart und Baer stellen dieser Erklärung des Zustandekommens der Hernia properitonealis auf mechanischem Weg die Ansicht entgegen, dass es sich bei dieser Bruchform um angeborne Bildungsanomalien handelt, dass der properitoneale Sack präformirt sei. Nach dieser Ansicht würde ein in der Gegend des innern Leistenring nicht selten vorkommendes Bauchfelldivertikel sich allmählich unter der Wirkung der Bauchpresse und des Anpralls der Därme vergrössern. Der Vergrösserung würde dann ein Hervordrängen der den genannten Bruchpforten anliegenden Wand des Divertikels folgen, und indem diese Ausstülpung wächst, würde allmählich die Bruchform zu stande kommen, welche als Hernia inguinoproperitonealis bezeichnet wird. In jenen Fällen aber, wo in dem inguino-scrotalen Teile des Bruchsacks der Hoden liegend gefunden wird, hätte sich nach derselben Ansicht das angeborene oder in Folge peritonitischer Verwachsungen erworbene Bauchfelldivertikel mit einem angeborenen Leistenbruch combiniert und so die Bildung des Zwerchsackbruches veranlasst.

Nach Mosetig soll das properitoneale Divertikel eines Leistenbruchs auch dadurch gebildet werden können, dass eine Verengerung oder ein Verschluss oder eine Absperrung des äussern Leistenrings sich der weitern Entwicklung des Bruchsacks nach dem Scrotum zu hindernd in den Weg stelle und in Folge dessen der Bruchsack bei dem Grösserwerden der Hernie in der des geringern Widerstandes d. h. zwischen Peritoneum und Fascia transversa ausgestülpt werden.

Trendelnburg spricht sich bei der Veröffentlichung seines Falles dahin aus, dass von vorneherein der Bruchsack biloculär angelegt sei. Als Analogen erwähnt er die Hydrocele bilocularis; bei letzterer handelt es sich ebenfalls um einen doppelten Sack, von denen der eine Teil im Hodensack, der andere in der Bauchwandung liegt. Der Unterschied von der Hernia properitonealis besteht nur darin, dass bei der Hydrocele eine vollständige Abschnürung stattgefunden hat, während bei der Hernie dieselbe unvollständig geblieben ist. Da bei den meisten Fällen der Hernia properitonealis eine Störung in Descensus testiculorum an der von der Hernie betroffenen Seite beobachtet wird, so würde nach Trendelnburgs Ansicht die Stelle der indraabdominellen Abschnürung des Processus vaginalis einer Etappe entsprechen, auf welcher der Hoden bei seinem verzögerten Herabsteigen für längere Zeit halt machte.

M. Schmidt, welcher sich über die Genese dieser Hernienart eingehender verbreitet hat, sucht die abnorm hohe Lage des innern Leistenrings, welche er bei der interstitiellen Hernie fand, auch für die Entstehung der ihr so nahe verwandten Hernia properitonealis verantwortlich zu machen. Der Weg, welchen der Hoden durch den Leistenkanal einschlägt, ist schon durch den Processus vaginalis peritonii vorgezeichnet. Die Stelle, wo derselbe die Bauchwand durchdringt, ist da, wo letztere von dem Leistenband der Primordialniere getroffen wird; hier befindet sich auch normaler Weise der innere Leistenring. Gelangt nun das Leistenband der Primordialniere anstatt in die Nähe des innern Leistenrings mehr nach oben und aussen an die Bauchwand, so muss daraus der falsche Situs des innern Leistenrings, sowie der interparietale des Bruchsacks folgern. Die Entstehung der properitonealen Bruchsack-

tasche erklärt er sich folgendermassen: Das Leistenband der Urniere trifft auf die Bauchwand abnorm weit oben und aussen; an dieser Stelle begiebt es sich aber nicht gleich in die Dicke der letztern, sondern verläuft ihr entlang zunächst subperitoneal nach innen und unten zur normalen Gegend des innern Leistenrings und durchsetzt dann die Bauchwand. Wird nun der Scheidenfortsatz von der obern Insertion des Bandes her gebildet, so wird er diesem folgen. Nach seiner Ausbildung gibt, sein Offenbleiben vorausgesetzt, der zwischen seiner centralen Oeffnung und dem normalen innern Leistenring gelegene Teil desselben den präformirten Hohlraum für einen präperitonealen Bruchsack. Die bei dieser Hernienart so häufig vorkommende Komplikation, nämlich die Störung im Descensus testiculorum, sucht er auf folgende Weise zu erklären: Er nimmt an, dass das Leistenband unter unbekannten Bedingungen eine falsche Stelle der vordern Bauchwand erreichen und nun an dieser Stelle auf Grund des Bildungsgesetzes eine Durchbohrung der letzteren durch ein Bauchfelldivertikel statthaben könne, das den äussern Leistensing zu erreichen suche und deshalb einen viel weitern Weg durch die Bauchwand zu machen habe, als gewöhnlich. In Folge dessen gelange es nicht bis an das Scrotum, ebensowenig der Hoden, dessen Samenstrang für den verlängerten Weg zu kurz werde.

Wie oben erwähnt, ist eine Störung im Descensus testiculorum bei der beschriebenen Hernienart fast immer vorhanden. Dabei war der Hoden entweder gar nicht in das Scrotum herabgestiegen oder war an irgend einer Stelle in seinem Descensus stehen geblieben. Gewöhnlich unterscheidet man zwischen Bauch- und Leistenhoden und bezeichnet dann die Retentio testis im Abdomen, falls sie beiderseitig ist, als Kryptorchidie,

falls sie einseitig ist, als Monorchidie. Krœnlein hat bei seinen 25 veröffentlichten Fällen von Hernia properitonealis 9 Fälle, bei welchem diese Bruchform mit Leistenhoden kompliciert war. Die Gesammtzahl der in der Literatur bekannten Fällen dieser Hernienart beträgt 61. Ausser den von Krœnlein angegebenen Fällen, bei denen eine Störung im Descensus testiculorum angegeben ist, finden wir bei den andern Fällen 16 mal eine abnorme Lage des Hodens beschrieben, 8 mal war der Hoden an normaler Stelle, bei den andern Fällen ist über diesen Punkt nichts bemerkt. Kocher sucht die Ursache der Retentio testis teils auf Hemmungsbildungen teils auf accidentelle Veränderungen zurückzuführen. Zur ersten Kategorie rechnet er Abnormitäten in der Bildung der innern Geschlechtsorgane beim Fœtus, welche notwendigerweise den Descensus beeinträchtigen. Ebenso bleibt bei Missbildungen der Genitalien der Hoden häufig im Abdomen zurück. Ferner können abnorme Grösse des Nebenhodens, abnorme Lage desselben zum Hoden den Descensus hindern. Als accidentelle Hindernisse werden peritonische Adhäsionen angeführt, oft auch das Tragen eines Bruchbandes bei verspätetem Vortreten des Hodens.

Fast bei allen erwähnten Fällen von properitonealer Hernie mit Leistenhoden ist von den Autoren das Zurückbleiben des betreffenden Hodens in seiner Entwicklung konstatiert, in einigen auch eine Veränderung des Samenstrangs. Es handelt sich dabei meist um eine Atrophie des Hodens. Bardeleben drückt sich dabei folgendermasen aus: „Alle an fehlerhaften Stellen liegende Hoden sind klein, weniger empfindlich, besitzen nicht die normale Struktur und scheinen zur Degeneration besonders geneigt“. Nach Kocher handelt es sich entweder um fettige Degeneration oder um fibröse Schrumpfung; erstere

deute auf blose Ernährungsstörung hin, letztere könne durch solche und durch entzündliche Zustände zustande kommen. Küster nimmt an, dass die Ernährungsstörung den Hoden schon in seiner ersten Anlage betroffen hat, mag es sich um trophische oder vasomotorische Störungen oder um beide zusammen handeln. Ferner glaubt er, dass die Störung, welche den Hoden trifft, dann auch auf den Samenstrang übergehe, derselbe bleibe zu kurz und bilde so ein mechanisches Hindernis für das Herabsteigen des Hodens.

Betrachten wir an der Hand der Literatur unsern Fall, so finden wir den Hoden in Ectopie. Derselbe war durch eine Spalte in der Fascia transversa herausgetreten, lag ganz oberflächlich unter der Haut und war in ein eigenes, wahrscheinlich von dem Rest des Processus vaginalis gebildetes Fach eingehüllt. Die pathologische Untersuchung ergab eine Aplasie des Organs. Seine Lage entsprach etwa dem innern Leistenring. Der Leistenkanal war geschlossen. Befestigt war der Hoden an einem dünnen, etwas gewundenen Samenstrang. Diesem Wege, welchen der Hoden eingeschlagen hatte, folgte dann auch der Bruch. Dieser war nach einem Sprung über einen Graben zuerst bemerkt worden. Von Jugend an wurde das Fehlen des rechten Hodens im Scrotum bemerkt. Der Hoden lag in der Höhe des innern Leistenrings; die in dem offen gebliebenen Processus vaginalis eingetretenen Bruchkontenta konnten demnach nicht in das Scrotum hinabsteigen, sondern dehnten dann die Scheidenhaut seitlich aus. Die ausgedehnten Verwachsungen des Bruchsackes mit seinen Umgaben lassen sich vielleicht, da von dem Patienten kein Bruchband getragen wurde, auf die angestellten Repositionsversuche zurückführen. Der Bruchsack selbst lag direkt unter der Haut und wurde mit dem Haut-

schnitt sofort gespalten. Dieser ergab sich als die vordere Tasche eines zweifächrigen Bruches; denn bei dem Versuch, das in dieser Tasche liegende Netz in die Bauchhöhle zu reponiren, kam der eindringende Finger nicht gleich in die Bauchhöhle, sondern in eine in der Richtung des Leistenkanals befindliche, mässig grosse Ausbuchtung; diese stellte die hintere Tasche des Bruches dar.

Zur Behandlung dieser Bruchform empfahl Kroenlein, immer den Versuch zu machen, den Bruchinhalt aus beiden Bruchsacktaschen zurückzubringen und durch ein Bruchband zurückzuhalten. In manchen Fällen gelang dies Kroenlein. Ist dies nicht möglich, so soll man die Radikaloperation machen. In unserm Falle konnte wegen der ausgedehnten Verwachsungen der Bruchsackwand mit seiner Umgebung der Bruchsack nur zum kleinen Teil abpräparirt werden. Nach Abbindung und Reposition des Netzes wurde die Lücke in der Fascia transversa derart angefrischt und umschnitten, dass zugleich der Bruchsackhals vom Bruchsackkörper abgetrennt wurde; darauf wurden Nähte angelegt, welche zugleich die Fascia und das Peritoneum fassten. Der äussere Hautschnitt wurde dann durch einige Nähte geschlossen.

Einige Autoren haben speziell zur Behandlung der Hernia inguino-properitonealis besondere Methoden angegeben. Diese Fälle beziehen sich aber alle auf eingeklemmte Hernien. Dieselben haben somit für unsern Fall, in dem gar keine Erscheinungen von Einklemmung vorhanden waren, keine Anwendung.

Dank der aseptischen Operationsmethode hat sich die Prognose der Operation der properitonealen Hernie bedeutend gebessert. Viel trägt auch dazu bei, dass man durch die zahlreichen Veröffentlichungen über diesen

Gegenstand jetzt imstande ist, aus dem ganzen Symptomenkomplex, den diese eigenartige Bruchform gibt, schon bei Lebzeiten des Patienten diese Bruchart zu diagnosticieren.

Es sei mir gestattet, an dieser Stelle meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Lücke, für die gütige Ueberlassung des Themas, und Herrn Privatdocenten Dr. Fischer für die erteilten Ratschläge meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Literaturangaben.

Krœnlein: Ueber Hernia inguino-properitonealis: Langenbeck's Archiv für klin. Chirurgie, Bd. 19—25.

Streubel: Ueber Scheinreduktionen der Harnien, Leipzig 1864.

Bær: Ueber Hernien und Hydrocelen bei Abirrung in der Schenkelbeuge und Perinealgegend. Prager Vierteljahrschrift 1866.

H. Schmidt: Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Congress XIV., 1885.

Küster: Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XV. Congress 1886.

Trendelnburg: Berliner klin. Wochenschrift 1881, 24.

Oberst: Fall von incarcerirter Hernia inguino-properitonealis. Centralbl. für Chirurgie 1883, 5.

Wagner: Ueber die Hernia properitonealis. Dissertat. 1883.

Wege: Ueber Hernia inguino- u. cruro-properitonealis. Dissertation 1887.

Hölder: Ueber Hernia properitonealis. Mitteilungen zur klin. Chirurgie. VII. 2. 1891.

Linhart: Vorlesungen über Unterleibsbrüche. Würzburg 1866.

Mosetig: Ueber die Anomalien bei der Herniotomie der Leisten und Schenkelbrüche. Wien 1867.

Richter: Studium zur Lehre von den Unterleibsbrüchen.

Duplay et Reglus. Traité de Chirurgie VI. pag. 706, ff.

Bramann: Der Processus vaginalis und sein Verhalten bei Störungen im Desc. testic. Langenbeck'sches Archiv. 40.

Schaedel: Ueber Kryptorchiedie. Dissertation 1889.

Kocher: Krankheiten der männlichen Geschlechts Organe. Billroth-Lücke. Deutsche Chirurgie, 50 b.